TROUBLES OCULAIRES



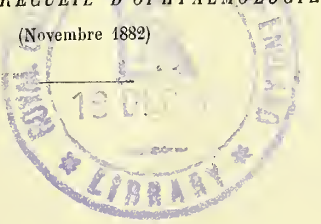
D'ORIGINE NERVEUSE

PRODUITS PAR DES CAUSES EXTRA-ORBITAIRES

PAR

Le docteur A. WEINBERG
(de Bucarest)
Médecin-assistant de la clinique du professeur Galezowski

Extrait du *Recueil d'Ophtalmologie*
(Novembre 1882)



PARIS
LIBRAIRIE GERMER-BAILLIÈRE et Cie
108, boulevard Saint-Germain, 108
Au coin de la rue Hautefeuille

1882

A Monsieur le docteur Tweedy
hommage de la part de l'auteur
A. Weinberg
Londres, 10 janvier 1883.

A

MES COUSINS

ADOLPHE WEINBERG

CHEVALIER DE « L'ÉTOILE DE ROUMANIE »

ET

S. VAINBERG

DOCTEUR EN DROIT, DOCTEUR EN PHILOSOPHIE
AVOCAT A LA COUR D'APPEL DE PARIS

Gage de la profonde reconnaissance et de l'affection que je leur garde.

A. WEINBERG.

Paris, décembre 1882.

TROUBLES OCULAIRES D'ORIGINE NERVEUSE

PRODUITS

PAR DES CAUSES EXTRA-ORBITAIRES

En dehors des lésions oculaires qui sont dues à des causes immédiates agissant sur les nerfs des différentes parties de l'œil, il y en a d'autres assez nombreuses dont l'étude exacte présente encore pas mal de lacunes et qui sont dues aussi à des lésions nerveuses, mais à circonstances étiologiques placées à des distances plus ou moins éloignées du globe oculaire, de façon qu'elles échappent assez facilement à la vue, pour que les lésions secondaires des yeux soient considérées, soit comme des maladies indépendantes, soit comme des formes morbides, dont l'étiologie et la nature restent indéterminées. Il est certain, que dans cette matière comme dans beaucoup d'autres terrains mal cultivés de la médecine, on trouve par ci par là des observateurs qui ont vu sid'une façon accidentelle les choses dans leur vrai jour, ma ces cas particuliers de clairvoyance médicale restent isolés et, n'étant pas systématisés, n'entrent pas de plein pied dans le domaine scientifique. Nous nous proposons, dans le présent travail, aidé par les connaissances récentes acquises sur le rôle du système nerveux dans la nutrition et la circulation, d'exposer d'une façon méthodique et aussi succinte que possible, les différents troubles oculaires, dus à l'action exagérée ou diminuée des nerfs de l'œil; troubles produits par des causes agissant, soit sur le trajet de ces nerfs avant leur entrée

dans l'orbite, soit sur le trajet de branches nerveuses différentes et retentissant d'une façon réflexe sur les nerfs oculaires.

Nous pensons qu'il est superflu d'ajouter que les lésions motrices de l'œil ne nous occuperont pas.

Dans une matière aussi vaste que celle qui nous occupe et dont l'étendue paraît souvent encore, plus considérable qu'elle ne l'est en réalité, le terrain n'étant pas défraichi, nous pensons qu'il est bon, avant de nous engager dans les détails des faits, de ne pas nous risquer dans le dédale des phénomènes oculaires morbides d'origine nerveuse, sans avoir préalablement, autant pour nous-mêmes que pour le lecteur, commencé cette étude par une classification physiologique de tous les troubles nerveux qui puissent affecter l'œil.

Les troubles nerveux oculaires peuvent être divisés : d'après le système des nerfs qui est primitivement affecté, d'après le siège de la cause sur le trajet nerveux, et d'après les causes qui peuvent entraîner des lésions nerveuses, soient des troncs destinés à l'œil même, soient des autres nerfs du corps, et qui retentiraient dans ces derniers cas d'une façon réflexe, sur les nerfs de l'œil.

Parmi les causes qui agissent sur les troncs de l'œil même, nous ne croyons pas qu'il soit nécessaire d'insister sur celles qui sont intra-orbitaires, nous renvoyons les lecteurs aux différents livres classiques d'opthalmologie et particulièrement à un travail publié par notre excellent maître M. le professeur Galezowski, dans le *Recueil d'ophtalmologie* de anno 1875, page 353.

Les causes qui agissent sur les troncs nerveux de l'œil avant leur entrée dans l'orbite, présentent deux variétés importantes; l'une, qui consiste dans les lésions de la base du crâne et qui intéresse ordinairement plusieurs des troncs destinés à l'œil, présente elle-même deux sous-variétés importantes; l'une, lorsque la lésion siège en avant du ganglion de Gasser, et l'autre, constituée par les lésions qui siègent en arrière du même ganglion. La deuxième variété de cette classe importante de lésions siégeant sur le trajet des troncs

nerveux destinés à l'œil, est constituée par les lésions du nerf sympathique, qui envoie des filets vers le globe oculaire. Ces lésions peuvent siéger sur le cou ou bien à la base même du crâne (anévrysme de la carotide, tumeurs du cou — mydriase, myosis, etc).

La deuxième classe constituée par des lésions siégeant sur les nerfs des différentes parties du corps, comprend deux variétés, l'une formée par des lésions de troncs assez rapprochés de ceux de l'œil, pour qu'il puisse y avoir extension d'un travail inflammatoire quelconque à un nerf de l'œil. Ceci se réalise dans les cas où ces nerfs présentent des anastomoses avec ceux de l'œil ou bien, plus fréquemment encore, lorsqu'un travail irritatif se passe dans une des branches du nerf trijumeau et s'étend de proche en proche jusqu'à affecter la branche ophtalmique elle-même. A côté de ces cas qui constituent les lésions nerveuses par extension se placent les cas de beaucoup plus nombreux, dans lesquels les troubles oculaires sont provoqués par une cause éloignée qui agit par voie réflexe. Ces cas se remarquent, soit lorsqu'un travail irritatif siège dans un des organes du corps (méninges, intestin, etc.), soit lorsque la lésion atteint primitivement un tronc nerveux quelconque (pneumo-gastrique; dans l'anévrysme aortique, etc.).

Nous prions le lecteur de bien vouloir jeter un regard sur le tableau ci-joint, qui certainement présente, nous sommes les premiers à le reconnaître, de nombreuses lacunes, mais qui, nous le pensons, n'en est pas moins à même de faciliter de beaucoup la compréhension de la physiologie pathologique des troubles compliqués et nombreux qui nous occupent. Nous tenons encore à faire remarquer, avant d'entrer dans le corps du travail, qu'une cause quelconque agissant sur le trajet d'un nerf oculaire (et ceci est un fait de névropathologie générale) provoque d'abord des phénomènes dûs aux nerfs mêmes sur lesquels agit la cause, et puis à des phénomènes indirects extrêmement nombreux et d'ordre réflexe; c'est pourquoi les troubles de notre première classe sont ordinairement très compliqués.

Troubles oculaires d'origine nerveuse produits par des causes extra-orbitaires.

I. — Cause immédiate siégeant sur le trajet retro-orbitaire des nerfs.	Cause siégeant à la base du crâne.	Siége sur ganglion de Gasser.	Zona ophtalmique.	Strabisme.
		Siège de la cause en avant de Gasser.	Tumeurs cérébrales.	Paralysies diverses. Anesthésies cornéennes.
		Siège de la cause en arrière de Gasser.	Tumeurs cérébrales.	Diplopie. Mouches volantes. Strabisme souvent passager. Anesthésies cornéennes.
			Syphilis.	Mydriase monoculaire.
			Lésion du trijumeau.	Kératite névroparalytique.
	Cause siégeant dans les centres d'origine.	Congestion.		Photophobie. Myosis binoculaire. Sécrétion séro-muqueuse, abondante des conjonct. (Durand-Fardel), etc.
		Anémie.		Mydriase. Myosis. Amblyopie. Amaurose.
		Action médicamenteuse.	Alcool.	Mydriase. Amblyopie alcoolique.
			Nicotine, etc.	Myosis. Amblyopie nicotinique.
	Cause siégeant sur le trajet sympathique.	Cou.	Anévrysme de la carotide.	Myosis au début. Mydriase à la fin.
			Tumeurs de div. nat.	id.
		Base du crâne.	Anévr. carotide int. Diverses tumeurs.	Comme plus haut.
II. — Cause médiate.	Par extension d'un travail irritatif d'une branche nerveuse à une autre faisant partie d'un même tronc.	Névrite maxillaire inférieure. Névrite maxillaire supérieure.	Névralgie dentaire.	Injection de la conjonctive. Asthénopie. Mydriase. Névralgie sus et sous-orbitaire. Migraine ophtalmique. Exophtalmie.
	Par voie reflexe proprement dite.	Travail irritatif siégeant sur un nerf quelconque du tronc.	Anévrysme aortique.	Mydriase, etc.
			Arrachement du nerf facial.	Dessèchement de la cornée. Ulcér. et perfor. cornée. Insensibilité de la cornée.
		Travail irritatif dans un organe quelconque.	Méninges.	Myosis. Mydriase.
			Intestin. — Vers intestinaux.	Mydriase.
			Dents. — Carie.	Diff. névralgies oculaires. Mydriase. Asthénopie. Abcès de la cornée.
			Utérus. — Troubles menstruels.	Kératite (phlyctènulaire). Iritis ou Irido-choroïdite.
			Mamelle. — Allaitement.	Herpès de la conjonctive et de la cornée. Kératite interstitielle.

Nous n'avons pas l'intention de faire un exposé complet de la valeur diagnostique des symptômes fournis par l'œil; le cadre limité de notre travail ne comporte pas une étendue pareille, c'est pourquoi nous nous bornerons à étudier certains complexus symptomatiques qui se rencontrent sous forme de types presque toujours constants; de façon à constituer

des processus morbides, à peu près bien définis. Nous allons commencer par le zona ophtalmique qui est un des processus de ce genre, de notre première classe.

ZONA OPHTHALMIQUE.

On appelle zona ophtalmique une maladie caractérisée, principalement par éruption de vésicules sur le domaine cutané du nerf ophtalmique, précédée, ordinairement, par les prodromes que nous allons décrire plus bas et accompagnée de douleurs névralgiques. Ordinairement cette maladie débute quelques heures avant l'éruption des vésicules par des troubles vaso-moteurs ou sensitifs, tels que : injection de la conjonctive, enchifrènement, augmentation de la chaleur locale, sécheresse de la cornée, engourdissement de cette membrane et de toute la région, douleurs névralgiques quelquefois très peu prononcées et d'autres fois dominant le tableau symptomatologique. Notre excellent maître M. le professeur Galezowski a observé de l'hyperesthésie remplaçant l'anesthésie de la cornée [1]. Peu de temps après le début de ces symptômes, on voit apparaître, ordinairement sur le trajet du nerf nasal, de petites papules rouges qui présentent une évolution analogue à celle des papules de la variole, c'est-à-dire qu'elles se transforment en vésicules, puis en pustules pour donner lieu enfin à des croûtes qui en tombant laissent des cicatrices assez analogues à celle de la variole.

On voit très souvent en même temps que l'éruption des vésicules sur la peau, l'apparition de quelques vésicules cornéennes. Ces vésicules siégent ordinairement sur la périphérie de la cornée qui est anesthésiée quelquefois à un tel degré, qu'elle est absolument insensible à des piqûres d'épingles. Nous avons eu l'occasion d'observer, dans le service de M. le professeur Hirschberg de Berlin, un cas de transfor-

1. Galezowski. *Traité des maladies des yeux*, 1875, page 32.

*

mation de ces vésicules en abcès perforant de la cornée. Ces cas sont, du reste, fort heureusement, excessivement rares.

L'élément douleur constitue, dans le zona ophtalmique, d'après beaucoup d'auteurs, un facteur caractéristique de la maladie, la névralgie qui devrait précéder toujours l'éruption, ne présente pas toujours une intensité remarquable, on voit des cas dans lesquels les douleurs sont presque minimes, et cessent aussitôt que l'éruption paraît.

L'éruption peut siéger sur toute l'étendue des ramifications cutanées de l'ophtalmique, elle suit quelquefois exactement le trajet de cette branche, d'autres fois l'éruption est constituée par des groupes irréguliers dans lesquels on ne peut pas distinguer une disposition anatomique bien déterminée.

Nous avons observé, comme Hutchinson [1], que c'est le zona du territoire du nerf nasal qui est accompagné le plus fréquemment d'accidents oculaires, nous ne pensons pas cependant que ce ne soit que dans ce cas qu'on observe ces accidents; un zona limité à la région frontale pourrait aussi donner lieu à des accidents oculaires, seulement au lieu d'être comme dans le premier cas, concomittants et primitifs, ils sont consécutifs et secondaires. Les accidents oculaires qui accompagnent le zona ophtalmique en général, sont de deux ordres, les uns directs et présentant une intensité assez grande, accompagnent le zona du nerf nasal, les autres secondaires d'une intensité moindre sont d'ordre réflexe et accompagnent le zona du nerf sous-orbitaire. Ces accidents oculaires sont constitués comme nous l'avons vu par des conjonctivites, de la kératite phlycténulaire, de l'iritis et quelquefois même par un abcès perforant de la cornée (cas cité plus haut). On s'est demandé souvent quel était l'ordre, d'après lequel se suivraient la kératite et l'iritis? Il est incontestable qu'un des troubles oculaires qui se présentent le plus tôt est l'injection de la conjonctive pouvant aller jusqu'au chémosis dans certains cas, et ceci se montre surtout lorsque l'éruption cutanée n'est pas dans le domaine du rameau nasal. Autrement, on voit un

1. *Ophtalmic Hospital Reports*, 1866, vol. 5, 3, page 214.

ou deux phlyctènes apparaître sur la cornée et donner lieu à une kératite. Remarquons que la kératite est un accident qui paraît toujours quelque temps après l'éruption cutanée, de telle façon qu'on a certainement le droit de se demander s'il ne s'agit pas d'une inoculation et si les troubles de la cornée, surtout lorsqu'ils sont très prononcés et qu'ils n'arrivent que vers le déclin de l'éruption vésiculeuse (ce qui se passe dans la majorité des cas), ne sont pas l'effet d'une irritation spécifique produite par le contact de produits venus de la peau sur la cornée. Et le fait que les troubles oculaires suivent ordinairement les eruptions du nez, parle encore en faveur de cette hypothèse, puisque dans les éruptions du front l'œil est bien protégé par les sourcils, tandis que dans les premières l'œil est très exposé. L'iritis se voit ordinairement après la kératite et présente les symptômes qui la constituent ordinairement.

Une des questions qui a préoccupé le plus, dans le dernier temps, les oculistes a été celle de la pathogénie assez obscure de cette affection. Des recherches nombreuses faites par Magendie, Schiff, Claude Bernard, Snellen, Samuel, ont rendu de plus en plus probable la théorie qui attribuait au nerf trijumeau des filets trophiques pour l'œil. De là à dire que les troubles oculaires qui accompagnent le zona ophtalmique, sont de nature trophique et dus à des lésions du trijumeau, il n'y avait qu'un pas à faire et il fut fait.

Le Dr O. Wyss de Zurich[1] donne l'exposé détaillé des lésions observées à la nécropsie d'un individu atteint de zona ophtalmique. « En arrière du ganglion de Gasser, le trijumeau est sain, sauf à son entrée dans le ganglion où il existe une suffusion sanguine.

» Le ganglion lui-même est plus gros que du côté opposé, plus mou, plus vasculaire : A sa partie interne on constate la présence d'une extravasation sanguine.

» La branche ophthalmique est aussi plus large, plus

1. *Archiv der Heilkunde*, t. XII, page 262 in Abadie, t. I, page 68.

épaisse que du côté opposé, sa consistance est presque gélatineuse.

» Au microscope, la partie du ganglion de Gasser d'où émane l'ophtalmique est profondément altérée, les cellules ganglionaires ont subi des métamorphoses regressives, quelques-unes même sont complètement détruites, le tissu nerveux, à ce niveau, est infiltré de cellules de pus, la gaîne de la branche ophtalmique est aussi infiltrée de pus, non seulement à la surface, mais dans l'intérieur des faisceaux. »

Le Dr Steffan, de Francfort-sur-le-Mein, attribue ces lésions oculaires à une irritation siégeant, soit sur le ganglion de Gasser soit sur le tronc de la 5e paire, entre la protubérance et son centre d'origine.

Mentionnons encore le fait de Horner, qui observa un zona ophtalmique dû à une tumeur orbitraire. La majorité des savants pense donc aujourd'hui que le zona ophtalmique serait dû à une lésion des nerfs trophiques du trijumeau. Les expériences qui ont été faites, ayant à peu près prouvé que le nerf trijumeau a des fibres spéciales pour les fonctions nutritives, la suppression de ces fibres amènerait nécessairement des lésions inflammatoires des membranes de l'œil. Qu'il nous soit permis de remarquer cependant, que dans toutes les expériences de coupes du trijumeau soit en avant, soit en arrière du ganglion de Gasser, on n'a jamais réussi à produire des troubles présentant une parfaite analogie avec ceux du zona ophtalmique. Il est incontestable que ce qui est tout à fait caractéristique dans la maladie qui nous occupe, ne consiste pas autant dans les lésions oculaires qu'on peut rencontrer aussi dans d'autres affections, que dans les phénomènes cutanés concomittants. Ces deux ordres de faits pathologiques sont inséparables, et il n'y a pas d'explication pathogénique se rapportant à la première espèce, qui ne doive nécessairement se rapporter à la deuxième.

Or, si les troubles oculaires sont dus à une innervation trophique défectueuse du trijumeau, les troubles cutanés sont dus à la même cause, et, dans tous les cas où l'on a produit d'une façon expérimentale le premier ordre de phéno-

mènes, le deuxième devrait se produire aussi. Cependant, aucun auteur n'a jamais noté des phénomènes cutanés dans les expériences d'irritation ou de suppression de la fonction du trijumeau.

Si comme on le prétend, les nerfs trophiques qui dominent la nutrition de l'œil, se trouvent déjà dans le tronc du trijumeau avant son entrée dans le ganglion de Gasser et dans la branche ophtalmique après sa sortie du même ganglion, des lésions qui atteindraient le tronc doivent nécessairement atteindre les filets de l'œil comme ceux de la face. Or ceci est inadmissible, des faits nombreux de zona ophtalmique non accompagnés de phénomènes oculaires sont là pour rejeter la solidarité entre ces deux ordres de phénomènes, d'autant plus que, comme nous l'avons dit plus haut, il n'y a même pas simultanéité entre les troubles cutanés et les troubles oculaires, quand ceux-ci existent. Dans le zona ophtalmique où la lésion cutanée coïncide avec une simple congestion de la conjonctive, les accidents oculaires du côté de la cornée et de l'iris n'arrivent que bien plus tard, et ceci est inexplicable dans l'hypothèse d'une lésion du trijumeau.

Les raisons que nous venons d'exposer nous obligent de rejeter l'opinion qui attribue à des lésions de trijumeau et de ganglion de Gasser les troubles du zona ophtalmique.

Il est bon de remarquer, en outre, que dans le zona les lésions oculaires diffèrent sensiblement de celles qu'on observe dans les coupes expérimentales du trijumeau.

Nous serions fortement inclinés à penser que le zona ophtalmique accompagné de troubles oculaires, consiste dans une irritation de certaines branches cutanées du nerf ophtalmique, irritation se propageant d'un côté jusqu'à la peau et donnant ainsi lieu à l'éruption caractérisque, et provoquant d'une façon secondaire des troubles vaso-dilatateurs d'un ordre reflexe qui donnent lieu à l'injection de la conjonctive. La conjonctive étant injectée et l'œil présentant en général une tendance à l'inflammation par suite de la dilatation des vaisseaux, on comprend que lorsque certaines parties de la peau malade tomberont dans l'œil, elles

pourront donner lieu à des troubles très variés en intensité, d'après la disposition de l'œil, ainsi que d'après les parties qui y tomberont. Cette hypothèse explique, il nous semble, d'une façon bien suffisante, le fait, que les troubles sérieux de l'œil n'arrivent qu'à la période du maximum du développement ou de la déclinaison des vésicules, et l'autre particularité, c'est que les troubles oculaires accompagnent surtout les éruptions siégeant sur la région nasale. Ceci se comprend assez facilement dans notre théorie, puisque l'œil se trouve bien plus protégé du côté du front (par les sourcils, l'arcade orbitaire) que du côté du nez.

Quant à l'observation de Wyss, l'interprétation, pensons nous n'en est pas difficile; dans notre hypothèse les lésions du ganglion de Gasser, du trijumeau, sont dues à des lésions périphériques qui se sont étendues jusque-là, mais qui ont débuté à la périphérie.

En résumé, nous pensons que le zona ophtalmique est une lésion primitive des *filets cutanés* de l'ophtalmique et que cette irritation donne lieu à une dilatation réflexe des vaisseaux de l'œil et qu'il suffit alors d'une introduction dans l'œil de certaines particules malades de la peau pour donner lieu à des troubles assez graves, tels que kératite, iritis, etc. Quant aux troubles de sensibilité de l'œil, ils sont très faciles à expliquer; lorsqu'on les rencontre, ils sont des phénomènes d'irradiation.

Ceci dit, remarquons que de cette façon-ci, le zona aurait dû plutôt figurer dans notre deuxième classe et que, si nous ne l'avons pas fait ainsi, c'est pour ne pas embrouiller le lecteur, en mettant le zona dans la deuxième classe, sans avoir tâché d'expliquer d'abord les raisons qui nous dictaient cette conduite et nous avons cru préférable d'ajouter cette rectification dans le cours de notre travail, comme nous venons de le faire.

Nous passons immédiatement à l'étude d'un trouble important de notre première classe : la kératite névroparalytique. C'est une maladie qui présente dans la succession et le caractère de ses symptômes une ressemblance étonnante

avec les lésions expérimentales du trijumeau. La cornée commence à se troubler sur une de ses parties, ordinairement près de sa circonférence qui se ramollit, s'infiltre de pus et conduit soit à une ulcération, soit à une perforation.

Ces troubles, pour la description exacte desquels nous renvoyons aux livres classiques, peuvent certainement être dus à des lésions du trijumeau. Le fait de plusieurs observations de tumeurs du cerveau, comprimant le trijumeau et donnant lieu à la suppuration, ainsi que la destruction de la cornée par ulcération et suppuration, consécutive à l'encéphalite, mettent cette pathogénie tout à fait hors de doute[1].

Voilà donc les troubles qui sont dûs au trijumeau, et nous trouvons dans ceci un nouvel argument contre la thèse qui attribue le zona ophtalmique à une lésion de même nature.

Nous ne pensons pas qu'il soit nécessaire d'insister sur d'autres troubles oculaires dus à notre première classe de causes. Du reste, la description de ces symptômes ne présenterait pas un bien grand intérêt, et il n'y aurait qu'une seule façon raisonnable de le faire; ce serait d'étudier la valeur diagnostique de chacun de ces troubles. Comme un travail de ce genre nous entraînerait beaucoup trop loin, et comme il comporte des cadres beaucoup trop étendus pour un article de revue, nous sommes obligés de ne traiter que les troubles oculaires qui nous paraissent le moins complètement connus.

Lorsqu'une partie quelconque de notre corps est sous le coup d'un travail de nature irritative, ce travail peut modifier les filets nerveux qui aboutissent dans cet organe et provoquer ainsi des phénomènes réflexes, soit dans l'œil, soit dans d'autres parties plus ou moins éloignées de la région malade.

Mais il arrive aussi que le travail irritatif se propage sous forme d'un travail de même nature, et arrive ainsi de proche en proche jusqu'aux filets qui animent l'organe voisin. Il est évident que ceci ne peut se réaliser que dans les cas où les

1. Græfe, *Archiv für Ophtalmologie*, Bd XII, 2, p. 250.

filets de deux organes voisins sont des branches du même tronc nerveux, ou bien lorsqu'il y a des anastomoses entre deux nerfs qui se distribuent à deux organes différents.

Les deux espèces de propagations se trouvent réalisées dans le cas d'une *dent cariée*. On voit assez souvent des accidents oculaires être la conséquence d'une dent cariée.

Avant de procéder à la description symptomatologique de ces phénomènes oculaires secondaires, nous les diviserons en deux variétés. On voit des cas où un malade arrive chez le médecin-oculiste avec une conjonctivite assez prononcée, et qui est rebelle à toute espèce de traitement, on examine la bouche et l'on trouve une dent cariée dont l'existence, ou bien n'était pas soupçonnée par le malade, ou bien était oubliée, puisqu'elle n'avait jamais provoqué de douleurs; on arrache la dent, la conjonctivite disparaît d'elle-même. Nous rangeons cette espèce dans le cas de phénomènes morbides purement réflexes. Mais on voit d'autres cas où les malades ont des douleurs dentaires, la conjonctive est rouge, il se forme de petites ulcérations sur la cornée, qui peut devenir opaline; l'injection de la conjonctive peut être assez forte pour provoquer un chémosis et l'on voit quelquefois des troubles de la vision, compliquer encore davantage le tableau symptomatologique de la maladie.

Ces derniers cas présentent une pathogénie plus compliquée il y a dans ces troubles oculaires, des phénomènes réflexes et des phénomènes dus à une extension de la névrite dentaire à la branche ophtalmique.

Nous avons eu l'occasion d'observer, dans le service de notre savant maître, M. le professeur Galezowski, 188 cas de maladies de l'œil, dues à des caries dentaires (voir la statistique) et qui se sont présentés dans le cours des neuf derniers mois. Ces troubles ont du reste été déjà observés depuis plusieurs années. Le docteur Severin Galezowski, l'oncle de notre excellent maître, a observé, en 1830, la perte de la vue, due à un fragment de cure-dents implanté dans l'alvéole dentaire et qui guérit par l'extraction de ce fragment [1]. Des-

1. Voir in Galezowski, *loc. cit.*, page 96, 1875.

marres a obtenu la guérison d'une mydriase par l'extraction d'une molaire cariée [1].

Dans la plupart des cas, on observe des névralgies périorbitaires, elles s'observent surtout entre 30 et 40 ans et nous avons constaté que les femmes sont les plus sujettes à ces névralgies, comme du reste à tous les troubles oculaires réflexes dus à des caries dentaires.

En deuxième ordre, on observe des asthénopies qui se présentent surtout de 35 à 44 ans. Enfin, en troisième ligne, on observe des mydriases surtout entre 20 et 32 ans. Ensuite, par ordre de fréquence, viennent les abcès de la cornée et l'exophtalmie avec toutes ses conséquences [2].

Le fait de l'existence ou de la non-existence des névralgies dentaires qui indiquent si les troubles sont produits par extension ou simplement par action réflexe, présente beaucoup d'intérêt. Nous n'avons malheureusement pas pu insister particulièrement sur ce point dans toutes nos observations; c'est pourquoi nous ne pourrions affirmer que sous toute réserve l'existence d'une différentiation clinique nette et constante entre les troubles ayant ces deux espèces de pathogénie.

L'étude des troubles oculaires dus à une carie dentaire nous conduit directement à l'étude de certains troubles qui suivent l'arrachement ou la section du nerf facial et qui ont été décrits par Högyes [3]. Dans ces cas on voit se produire 24 ou 48 heures après, le dessèchement de la cornée qui prend l'aspect ponctiforme dû au dessèchement de cette membrane. Ces petits points blancs finissent par se confondre et donnant à la cornée un reflet mat. Il se produit du côté du dessèchement de petites ulcérations qui peuvent aboutir jusqu'à l'inflammation intense.

Parmi les autres cas de troubles oculaires dus à des causes réflexes, les plus importants et les plus nombreux sont ceux qui sont dus à un travail irritatif se passant dans un organe

1. Voir in Mackenzie, t. II.
2. Weinberg in *Recueil d'ophtalmologie*, 1882, page 441.
3. Högyes, *Ueber die Veränderungen d. Auges nach Facialisextirpation* (*Archiv f. exper. Pathol. u. Parmak.*, Bd XI, Heft 4, p. 258, 1879).

quelconque. Il est connu par tout le monde depuis longtemps, que toute irritation des méninges retentit sur la pupille. Si l'irritation méningitique siège à la base du crâne les troubles oculaires peuvent être assez étendus et sont dus à l'irritation d'abord, puis à la paralysie de ces nerfs par suite de l'excitation par l'exsudat. Les troubles purement réflexes sont ceux qui accompagnent une congestion ou une inflammation des méninges de la convexité; aussi dans ces derniers cas le trouble qu'on observe très souvent est la contraction pupillaire (myosis).

L'utérus peut être le point de départ d'une innervation réflexe déterminant des troubles oculaires. Hutchinson, Galezowski, Wecker, Meyer ont bien étudié la coexistence de certains troubles oculaires avec une menstruation irrégulière ou troublée. Lerat [1], a réuni, dans une thèse extrêmement intéressante, tous les cas connus de cette espèce. On observe différentes lésions cornéennes, parmi lesquelles le plus fréquemment, des kératites phlycténulaires. D'après Lerat on verrait aussi de l'iritis ou de l'irido-choroïdite ; dans un cas il observa des hémorrhagies rétiniennes. Enfin, même chez les femmes fortes, bien constituées, lorsqu'il arrive que la menstruation devient irrégulière, on observe des poussées congestives vers les yeux ; poussées qui quelquefois se répètent tous les mois à l'époque de la menstruation.

Les glandes galactophores peuvent être, comme l'utérus, le point de départ d'une irritation réflexe des yeux. Nous avons publié d'une façon succinte, quelques observations de ce genre [2], et rappelons qu'on observe assez souvent des femmes qui, toutes les fois qu'elles allaitent, présentent de l'herpès de la cornée, de la conjonctivite, de la kératite interstitielle et qui guérissent aussitôt que le nourrisson est sevré.

Nous voilà arrivés au terme de notre travail. Nous avons

1. Lerat, *Essai sur certaines lésions de nutrition de l'œil liées à la menstruation.* Thèse de Paris, 1878.

2. Weinberg, *Wiener medizinische Blätter*, n° 35, 1882.

évité d'être long et nous désirons avoir été aussi clair que possible. Être lu facilement par le lecteur à qui nous aurons facilité la compréhension de certains processus morbides de l'œil, voilà notre unique souhait. Puisse-t-il être réalisé !

STATISTIQUE DE TOUS LES MALADES ATTEINTS DE TROUBLES OCULAIRES PAR CAUSES MÉDIATES QUI SE SONT PRÉSENTÉS A LA CLINIQUE DE M. LE PROFESSEUR GALEZOWSKI DANS L'INTERVALLE DU 1er JANVIER 1882 JUSQU'AU 30 SEPTEMBRE DE LA MÊME ANNÉE.

	DIAGNOSTIC.	SEXE. HOMME.	SEXE. FEMME.	LE PLUS fréquent entre l'âge de	OBSERVATIONS.
	I			Ans	
A la suite de dents cariées.	Mydriases.....	12	11	20 à 32	La plupart sur l'œil droit.
	Asthénopies...	11	46	35 à 44	
	Névralgies	38	44	30 à 40	Sont compris toutes les variétés de névralgies, savoir : N. sus, sous-orbitaire ; de la 5e paire ; spasme des paupières ; migraine ophtalmique ; larmoiement.
	Abcès de la cornée.........	1	3		
	Exophtalmie...	»	1		
	Amblyopie.....	»	1		
	II				
Maladies trophiques de l'œil.	Zona ophtalmique.......	1	2		Le nombre total de malades soignés à la clinique dans le même laps de temps ayant été de
	Anesthésie et sécheresse de la cornée...	1	2		
	Herpès fébrile de la cornée.	7	7		
		71	117		7776
		188		ou	2,42 %

Motteroz, Adm. Direct. des Imprimeries réunies, B, Puteaux